

年 月 日

被保険者人間ドック助成金申請書

スズキ健康保険組合理事長 殿

所 属
 被 保 険 者 証
 記 号 番 号 記号 _____ 番号 _____
 被 保 険 者 氏 名 ㊤
 生 年 月 日 年 月 日生

下記の通り領収書（原紙）と人間ドック結果表・特定健診質問票（写し）を添え、申請します。

受 診 日	年 月 日	支 払 金 額	内 訳 { 特定健診 それ以外	円 円 円
-------	-------	---------	--------------------	-------------

助成金は、給与口座へお振込みいたします。

※スズキ（株）以外（保険証の記号が1以外）の被保険者は、下の「振込先」に被保険者の給与口座をご記入ください。

※代理店勤務の方で、一旦代理店が立替えた後に当健保組合に請求する事業所は、記入不要です。

振 込 先	銀 行 名	支 店 名	預 金 種 別	口 座 番 号
	フリガナ	フリガナ	普通預金	
	金融機関コード	支店コード		

健 保 記 入 欄	発 議	年 月 日	支 給 決 定 額	担 当	課 長	事 務 長	常 務 理 事
	決 議	年 月 日	(5・1・1 5・1・4) 円 円				

領 収 書 添 付 欄

※ 労働安全衛生法の定期健診と特定健診の必須項目を満たしていない場合、受診済の扱いとなりませんのでご注意ください。

※ 領収証は特定健診部分とそれ以外の内訳を記載していただくよう、健診機関へご依頼ください。

※ 健診結果の活用方法等、個人情報保護に関する内容は、「人間ドック（Aドック）受診のご案内」に記載しておりますのでご確認ください。